Aus der Neurologischen Universitätsklinik Hamburg
Direktor: Prof. Dr. Pette.

Über zwei bemerkenswerte Fälle von Meningiom mit Stauungspapille.

DISSERTATION

zur

Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität Hamburg.

vorgelegt von

LISELOTTE STAMER
aus Hamburg.

19 NOLTE 38

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Pette.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Hansischen Universität Hamburg.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Meningiome gehören zu den gutartigen Hirnhautgeschwülsten. Sie kommen nur bei Erwachsenen vor und bevorzugen hier das mittlere Lebensalter. Es sind knollige, von einer Kapsel umgebene Tumoren, die ein langsames Wachstum zeigen. Diese Tumoren infiltrieren das Hirngewebe nicht, sie komprimieren es nur, so daß nach ihrer Entfernung die Hirnfunktion praktisch vollkommen wieder hergestellt werden kann.

Die Meningiome können überall von den Leptomeningen entspringen; doch haben sie bevorzugte Sitze in der Schädelhöhle. Die Verteilung der Geschwülste entspricht etwa der der Granulationen der Arachnoidea, die sich in die Venensinus und die Lakunen der Dura mater hinein erstrecken (Bailey).

Lieblingssitz für den Ursprung der Meningiome ist — wie wir es auch in einem unserer Fälle fanden — die parasagittale Region. Die Geschwulst ist fast ausnahmslos an der Dura mater in einem mehr oder weniger usgedehntem Bezirk festgewachsen, manchmal an der Wand eines Sinus oder einer Lakune. Häufig ist der angrenzende Schädelknochen verändert. Er findet sich mit dem Tumor fest verwachsen, hyperostisch und von Tumorzellen durchwachsen (auch in einem unserer Fälle war der Schädelknochen in dieser Weise an dem Prozeß beteiligt).

Der Tumor ist meistens sehr gefäßreich und hat die Tendenz, einen oder den andern großen Sinus einzuschließen, am häufigsten den sagittalen Sinus. Dadurch gestaltet sich die Operation, die technisch an dem gut abgegrenzten Tumor leicht durchführbar zu sein scheint, zu einem praktisch schwierigen Problem der erfolgreichen Entfernung des Meningioms. Als erschwerendes Moment tritt die außerordentliche Größe hinzu, die diese Tumoren erreichen können. Die Operationen der Meningiome zählen daher zu den unmittelbar gefährlichsten und gewagtesten Operationen aller inkraniellen Tumoren. Es besteht die Gefahr großer Blutverluste, so daß stets vor Beginn der Operationen alles für die Möglichkeit einer Bluttransfusion vorbereitet sein muß (Cushing).

Bemerkenswert ist, daß die Meningiome trotz ungeheurer Größe keinswegs immer irgend eins der sog. Cardinalsymptome des Hirntumors — bemerkenswerte Kopfschmerzen und objektive Augenhintergrundsveränderungen — zu verursachen brauchen (Cushing).

Nach Beobachtungen an unserer Klinik gingen von insgesamt 12 operierten Meningiomen 4 Fälle ohne und 8 Fälle mit einer Stauungspapille einher. Es gibt keine Erklärung dafür, weshalb einmal eine Stauungspapille auftritt, während sie das andere Mal vermißt

wird. Die Lokalisation der Meningiome scheint für das Zustandekommen der Stauungspapille auch keine ausschlaggebende Rolle zu spielen. Sieht man doch Meningiome sowohl an der Hirnbasis wie an der Konvexität mit und ohne Stauungspapille einhergehen. Das zeigte auch das von uns beobachtete Material, das nachfolgend in einer Zusammenstellung gebracht wird.

Fall	Lokalisation des Meningioms	Stauungspapille
1	Parietale, links	ohne
2	„ „	„
3	„ rechts	„
4	Clivus	„
5	Parietale, links	mit
6	Parasagittal und Temporal (multiple Meningiome)	„
7	Frontal	„
8	Parietale, links	„
9	Temporal, links	„
10	Fossa Sylvii, links	„
11	Keilbeinflügel, links	„
12	Hintere Schädelgrube	„

Gowers meint eine Erklärung für das weniger häufige Vorkommen der Stauungspapille bei Meningiomen als bei vom Gehirn selbst ausgehenden Tumoren darin suchen zu können, daß diese von den Häuten ausgehenden Tumoren kein infiltrierendes Wachstum zeigen und das Gehirn nur verdrängen und komprimieren. Ebenso jedoch verhalten sich sowohl die Meningiome, die mit Stauungspapille als auch solche, die ohne Stauungspapille einhergehen. Deshalb reicht diese Erklärung für das Zustandekommen oder Nichtzustandekommen der Stauungspapille nicht aus. Größe und Schnelligkeit des Wachstums der Meningiome stehen auch in keiner direkten Beziehung zum Zustandekommen der Stauungspapille.

Wir wissen heute noch nichts über das Zustandekommen der Stauungspapille. Es gibt hierüber verschiedene Theorien, aber keine ausreichende Erklärung. Manche Autoren meinen, daß die mit der Hirndrucksteigerung in der unnachgiebigen Schädelkapsel verbundenen mechanischen Vorgänge die Grundlage für das Zustandekommen der Stauungspapille bilden (Lymphstauungstheorie bezw. Rückstauungstheorie von Behr, Transporttheorie von Schieck). Marchesani meint im Gegensatz dazu, daß eine rein mechanische Erklärung durch Liquorstauung und Gefäßstauung nicht ausreicht. Er nimmt an, daß der Sehnerv als Teil des Gehirns bei bestehender Hirnschwellung diese mitmacht. Doch wissen wir auch über das Zustandekommen der Hirnschwellung noch nichts Sicheres.

Wir beobachteten zwei bemerkenswerte Fälle von Meningiom, die beide mit einer hochgradigen Stauungspapille einhergingen und operativ einen guten Heilungserfolg zeigten.

Unser erster Fall betraf eine 43jährige Patientin, die erstmalig im September 1932 einen Anfall von Bewußtlosigkeit hatte, wobei sie hingefallen sein soll. Als sie wieder zu sich kam, hatte sie längere Zeit starke Kopfschmerzen, so daß sie 8 Tage bettlägerig war. Nähere Angaben über die Art und Zeitdauer des Anfalls wußte sie nicht zu machen. Ein ähnlicher Anfall wiederholte sich im Januar 1933. Ein später in der Nacht während der Bettruhe aufgetretener Anfall soll mit Einnässen einhergegangen sein. Weiter berichtete sie von einem Anfall, bei dem sie sich auf die Zunge biß, ohne sich sonstige Verletzungen zuzuziehen. Auch will sie damals vor dem Mund Schaum gehabt und um sich geschlagen haben. Der herbeigerufene Arzt nahm schon damals auf Grund der Symptome: „Starke Kopfschmerzen mit über 3 Jahre einhergehenden heftigen Schläfen- und Nackenneuralgien, zeitweises Erbrechen, vorübergehende Gesichtszuckungen von z. T. stundenlanger Dauer und vereinzelte Fälle von Bewußtlosigkeit" Hirntumor an, obwohl noch keinerlei Symptome von Seiten der Augen festgestellt werden konnten. Da sich der Zustand der Paientin vorübergehend besserte, wurde zunächst von einer Operation abgesehen. Im Mai 1933 aber klagte sie schon über zeitweises Schleiergefühl vor den Augen, über Arm- und Beinneuralgien und allmählich zunehmende Gedächtnisschwäche. Es soll vorgekommen sein, daß sie nach den Anfällen oder auch unabhängig davon teilweise die Sprache verloren hatte. Sie konnte oft, obwohl sie wußte, was sie sagen wollte, nicht die entsprechenden Worte herausbringen. Im Juli 1933 war das Babinsky'sche Zeichen links vorübergehend angedeutet. Die Nasolabialfalte rechts war etwas mehr verstrichen als links. Ohnmachtsanfälle traten auf, die ohne irgendwelche Vorboten zum Zusammenbruch führten. Die Patientin konnte nicht mehr allein spazierengehen. Häufig kam es zu kleinen Zungenbissen. 1934 besserte sich der Zustand wieder. Es kam nicht mehr zum Zusammenbrechen. Es bestand nur zeitweilig noch dumpfer Kopfschmerz und vorwiegend im Bereich der rechten Nasolabialgegend traten Gesichtszuckungen auf. Im September 1934 wurden in der Universitätsklinik Göttingen bei einer Untersuchung zum ersten Mal beginnende Stauungspapillen festgestellt. Mitte 1935 hatte die Patientin noch einmal einen schweren Anfall mit darauf folgenden Sprachstörungen. In der Folgezeit traten im wesentlichen keine neuen Symptome hinzu. Der Allgemeinzustand aber verschlechterte sich allmählich und besonders wurden die Augenstörungen stärker. Die Patientin ermüdete leicht beim Lesen und Schreiben. Das Gedächtnis ließ noch mehr nach. Auch psychisch veränderte sich die Frau immer mehr. Sie wurde unverträglich und streitsüchtig. Früher umgänglich und sehr verträglich, tyrannisierte sie jetzt ihren Mann und ihre Kinder mit ihren krankhaften und labilen Reaktio-

nen derart, daß ihr Walten im eigenen Hause „einem kleinen Schreckensregiment“ glich.

Die Patientin kam im April 1936 in unsere Beobachtung. Es fand sich eine beiderseitige Stauungspapille, die anfangs rechts 4—5 D., links 6 D. betrug. Ihre Prominenz nahm im Laufe der Wochen zu rechts bis auf 5 D., links bis auf mehr als 6 D. Auch das Gesichtsfeld war später rechts konzentrisch etwas eingeschränkt. Es bestand eine Innenohrschwerhörigkeit leichten Grades, die links ein wenig stärker als rechts war und bei der als Grund zuerst eine hypertonische Liquorveränderung angegeben wurde. Es wurde später aber festgestellt, daß es sich um eine Hypotonie handelte, so daß sich dieser Befund nicht für Tumor cerebri auswerten ließ. Das Riechvermögen war links und rechts ungestört. Bei der Geschmacksprüfung zeigte sich, daß die Angaben auf dem hinteren Zungendrittel sehr unsicher waren. Es wurde beiderseits (re. u. li.) salzig für bitter gehalten. Süß wurde nicht erkannt und auch bitter nicht genau angegeben. Die rechte Nasolabialfalte war etwas gegen links verstrichen. Die Reflexe zeigten keine wesentlichen Störungen. Es bestanden keine Tonusdifferenzen. Lagegefühl und Stereognose waren erhalten, ebenso die Sensibilität beiderseits für alle Qualitäten. Es bestand keine Adiadochokinese und bei Zeigeversuchen keine Ataxie. Der Gang war sicher und ohne Abweichung nach einer bestimmten Seite hin. Es bestanden Rechen- und Schreibstörungen. Das große Einmaleins machte bei Rechenproben deutlich Schwierigkeiten. Teils konnten die Aufgaben überhaupt nicht gelöst werden. Die Merkfähigkeit für die gestellten Aufgaben war in geringem Maße herabgesetzt. Auch in der Rechtschreibung zeigten sich Hemmungen. Nur unter Mühen gelang es der Patientin, das Wort „Pavillon“ richtig zu schreiben. Die Rechtschreibung des Wortes „Artillerie“ konnte nicht erreicht werden und gelang selbst dann noch nicht, nachdem es richtig vorgeschrieben worden war. Das Lesen kleiner Schrift war mit jedem Auge gut möglich. Die Patientin ermüdete jedoch beim Lesen sehr leicht und wußte nach einiger Zeit nichts Näheres mehr über das Gelesene anzugeben. Bei der Unterhaltung konnte sie manchmal ein Wort nicht herausbringen. Sie gab an, daß das früher noch häufiger vorgekommen sei, „daß sie ein Wort nicht finden konnte“. Sie war sehr gesprächig und psychisch recht schwierig.

Während der Beobachtung hatte die Frau fast täglich Anfälle, wobei Zuckungen über der rechten Gesichtshälfte auftraten. Das Bewußtsein war erhalten, so daß sie den Verlauf des Anfalls angeben konnte. Es kam zu Zuckungen im Gebiet des musculus orbicularis oris. Das rechte Auge wurde fest geschlossen. Der rechte Mundwinkel verschob sich nach oben. Zuletzt liefen myoklonische Zuckungen über Ober- und hauptsächlich Unterlippe. Der ganze Anfall dauerte etwa 1 Minute. Danach war die Facialisschwäche rechts etwas deutlicher. Später hatte die Patientin auch linksseitige

Anfälle, die aber auch rechts anfingen und bei denen beide Augen krampfartig geschlossen waren.

Röntgenologisch konnte am Schädel kein Befund erhoben werden. Eine Ventrikulographie zeigte eine Verdrängung der Seitenventrikel nach rechts. Der Schädelinnendruck war mäßig erhöht. Während der Punktion der Hinterhörner bekam die Frau einen ausgesprochenen Krampfanfall der rechten Gesichtshälfte. Am nächsten Tage wiederholte sich ein ähnlicher Anfall. Auch bestand starker Brechreiz.

Im weiteren Verlauf der Beobachtung traten Anfälle, wie oben beschrieben, täglich auf, bald nur rechts, bald beiderseitig. Die Sehstörungen mit Schleiergefühl vor den Augen hatten sich verschlimmert. Neurologisch wurde ein rotatorischer Nystagmus rechts stärker als links bei Blick zur Seite festgestellt. In dieser Zeit wurden die Anfälle im Facialisgebiet seltener. Die Kontrolluntersuchung der Augen ergab zunehmenden Verfall des Visus. Eine Arteriographie ergab deutliche Verdrängungserscheinungen im Bereich der linken Hemisphäre.

Der zunehmende psychische Verfall der Patientin und die unmittelbare Gefahr für den Verlust des Visus ergaben in Verbindung mit den bestehenden Jacksonanfällen die Indikation zur Operation.

Unser zweiter Fall betraf einen 21jährigen jungen Mann, der im Sommer 1935 erstmalig über ziehende Schmerzen klagte, die von der rechten Schulter in den rechten Arm zogen, ohne daß der Arm beim Arbeiten etwa schwächer oder steifer war als früher. Nachdem er kurz vorher ein Angstgefühl in der Herzgegend und einen leichten Schwindel verspürt hatte, trat im Oktober 1935 plötzlich ein Anfall auf, der nach den eigenen Angaben des Patienten in einer zwangsweisen Rechtsdrehung des Kopfes bestand, wobei sich der rechte Mundwinkel krampfhaft nach rechts verzog. Dann trat für etwa 10 Minuten Bewußtlosigkeit ein. Nach dem Erwachen war Pat. noch etwas benommen, fühlte sich sonst aber wieder ganz wohl. Ihm fiel aber insbesondere eine Schwäche der rechten Seite auf. Bei dem Anfall ist es weder zu Zungenbissen noch zu Einnässen gekommen. Der nächste in seinem Hergang gleiche Anfall trat im Januar 1936 auf. In der Folgezeit konnte der Kranke ohne irgendwelche Beschwerden seinem Beruf (Klempner) nachgehen. Erst Ende des Jahres 1936, als er im Arbeitsdienst tätig war, stellten sich erneut Anfälle ein. Innerhalb 10 Wochen von Oktober bis Dezember, kam es zu vier Anfällen, die ähnlich dem erstgeschilderten Anfall verliefen. Vor jedem Anfall machte sich ein eigenartiges Angstgefühl in der Herzgegend und ein geringes Schwitzen am ganzen Körper bemerkbar. In der anfallsfreien Zeit fühlte sich Pat. völlig gesund und leistungsfähig.

In den letzten 4 Wochen vor der am 28. Januar 1936 erfolgten Aufnahme in das Krankenhaus traten die Anfälle in etwa 10tägigen Abständen auf. Von Anverwandten des Patienten wurden über diese Anfälle folgende Angaben gemacht: „Der Anfall beginnt mit

einer Rechtsdrehung des Kopfes, wobei die Augen nach rechts verdreht sind und der Mundwinkel nach rechts verzogen ist. Dann fällt Pat. bewußtlos hin, währenddessen sich der ganze Körper nach rechts dreht. Der rechte Arm und das rechte Bein führen krampfartige Schüttelbewegungen aus, die etwa 5 Minuten dauern. Die rechte Hand ist zur Faust verkrampft. Nach 10 Minuten kehrt das Bewußtsein zurück.

Auf der linken Kopfseite hatte der Kranke eine Beule, die den Anverwandten erst seit etwa einem Jahr aufgefallen war. Pat. selbst gab an, daß das Vorhandensein dieser Beule ihm bereits in der Kindheit, mindestens aber schon in frühester Schulzeit aufgefallen sei. Nur soll die Beule damals nicht so groß gewesen sein wie jetzt.

In den letzten Monaten klagte Pat. über häufige starke Kopfschmerzen, die früher nicht aufgetreten waren.

Der interne Befund war regelrecht. Die Senkung war nicht beschleunigt. Der Wasserhaushalt entsprach den normalen Verhältnissen. Der Blutdruck bewegte sich konstant in einer Höhe von 120/80 mm Hg. Röntgenologisch wurde am Schädel eine kalkdichte Verschattung im Bereich der linken Parietalgegend festgestellt. Am Nervensystem fand sich an den Hirnnerven eine beiderseitige Stauungspapille von rechts 5 D und links 4 D mit streifigen Blutungen. Sonst bestanden von Seiten der Hirnnerven keinerlei Störungen. Die Sensibilität war für alle Qualitäten einschließlich Lagegefühl und Stereognose ungestört. Es bestand keine Dysdiadochokinese und kein Vorbeizeigen. Die Motilität war völlig intakt. Es bestanden keine Tonusdifferenzen und auch seitens der Reflexe keine Störungen. Sprache und Sprachverständnis waren ganz normal. Rechen- und Schreibstörungen ließen sich nicht feststellen, auch sonst keine Symptome seitens der Angularisregion. In psychischer und intellektueller Hinsicht bestanden keine Veränderungen. Während der Beobachtung konnte von den Mitpatienten ein Anfall auf dem Gelände erlebt werden, der mit Bewußtlosigkeit und allgemeinen Convulsionen einhergegangen sein soll. Die kurz nach dem Anfall vorgenommene Untersuchung ergab nichts Besonderes.

Die Indikation zur Operation stellten wir außer aus den Jacksonanfällen auch hier aus der durch die Stauungspapille hervorgerufenen Gefahr für den Visus.

In unserem ersten Fall handelte es sich zweifellos um einen intrakraniellen, raumbeschränkenden Prozeß, der im Bereich der linken Hemisphäre saß. Hierfür sprach auch das Ventrikulogramm, das es wahrscheinlich machte, daß hier ein Prozeß in der linken Hemisphäre bestand, der sich von links oben her auswirkte. Mit großer Wahrscheinlichkeit würde der Prozeß im Temporalhirn zu suchen sein, wofür die im Sinne einer sensorischen Aphasie sprechenden Störungen zu verwerten waren. Die Rechenstörungen bei der Patientin ließen auf Mitbeteiligung des Gyrus angularis schließen. Außerdem konnte man auf Grund der starken psychischen Veränderungen eine Mitbeteiligung auch des Frontalhirns an-

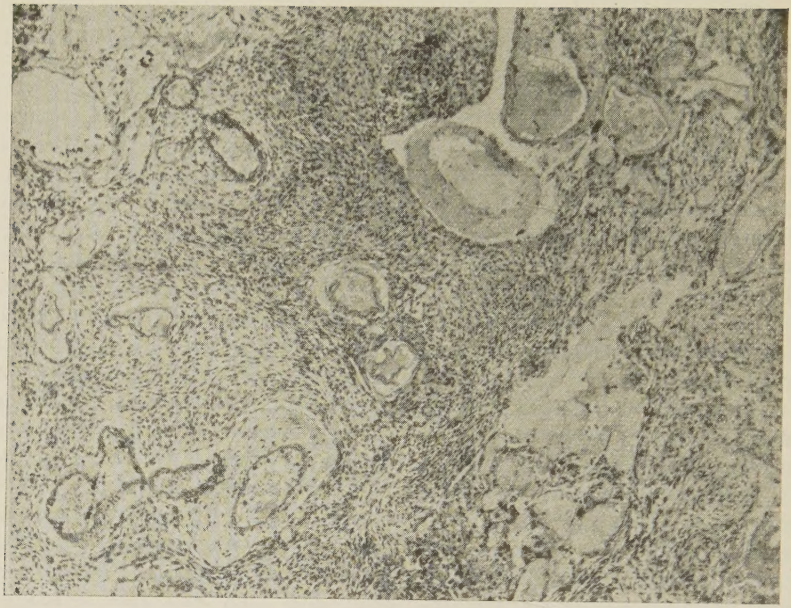
nehmen. Das Arteriogramm schließlich sprach für einen Temporaltumor. Die lange Anamnese, die sich über mehr als 4 Jahre erstreckte mit der sich allmählich entwickelnden Stauungspapille ließ an die Möglichkeit eines benignen Prozesses (Meningiom) denken.

In unserem zweiten Fall handelte es sich bei den bestehenden rechtsseitigen Jacksonanfällen mit großer Wahrscheinlichkeit um einen Prozeß in der linken Großhirnhemisphäre, der zu Reizerscheinungen der vorderen Zentralwindung geführt hatte. Nach der doppelseitigen Stauungspapille zu urteilen, bestand eine erhebliche Erhöhung des Schädelinnendrucks, die als Auswirkung des Prozesses aufzufassen war. Ob direkt oder indirekt durch Verlegung der Liquorpassage, war vorerst nicht zu entscheiden. Irgendwelche neurologischen Lokalsymptome bestanden nicht. Trotzdem mußte als wahrscheinlich gelten, daß die knöcherne Apposition in der linken Parietalgegend mit dem raumverdrängenden Prozeß in ursächlichem Zusammenhang stand. Ob es sich bei dem genannten Knochenprozeß um ein Osteom handelte, das seit langen Jahren bestand und langsam zu Verdrängungserscheinungen geführt hatte, oder ob es sich um eine einfache knöcherne Apposition als Folge der Rückwirkungen eines von der Dura ausgehenden Prozesses (Meningiom) handelte, ließ sich klinisch nicht entscheiden. Es ließ sich lediglich sagen, daß der in die genannte Region zu lokalisierende Prozeß zu einer Hirnschwellung geführt hatte, die sich in dem einzigen klinischen Symptom der Stauungspapille mit Blutungen am Augenhintergrund ausdrückte. Daß die Stauungspapille Folge eines Hydrocephalus internus war, der durch eine Verlegung der Liquorpassage im Bereich des Aquaeductus oder der tiefer gelegenen Bezirke entstanden war, erschien auf Grund mangelnder Symptome, die auf diese Region hinwiesen, unwahrscheinlich.

Unsere Vermutung, daß es sich bei den intrakraniellen, raumbeschränkenden Prozessen unserer Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit um Meningiome handeln würde, fand sich in beiden Fällen durch die Operation und histologische Untersuchung der Tumoren bestätigt.

Bei unserm ersten Fall fand sich genau an der durch Trepanation freigelegten Stelle über dem linken Temporalhirn eine etwa apfelgroße Geschwulst, die sich bei der histologischen Untersuchung am Schnellpräparat als Meningiom erwies. Ein kleines während der Operation entferntes Stückchen aus dem Tumor ergab den typischen Aufbau eines zellreichen Meningioms, das Neigung zu Schichtungskugelbildung zeigte. Der Gefäßreichtum war nicht sehr hochgradig. Die Entfernung der Geschwulst gestaltete sich sehr schwierig. Sie gelang jedoch ohne nennenswerten Substanzverlust seitens des Gehirns. Die Blutung, die wie immer bei Meningiomen zu Beginn der Operation erheblich war, wurde von der Patientin reaktionslos überstanden. Die Wunde konnte primär geschlossen werden.

Abbildung 1.



Der exstirpierte Tumor stellt ein sehr zellreiches Meningiom dar. Auffallend ist der Reichtum an kollagenem Bindegewebe, besonders in den Randabschnitten. Auch die Gefäße zeigen ziemlich ausgesprochene Wandhyalinisierungen. Man beobachtet typische Quellungsbildungen, allerdings weniger Schichtungskugeln. Die Zellen sind häufig zwiebelschalenartig angeordnet. Das Tumorgewebe ist von zahlreichen frischen Blutungen durchsetzt. In Teilung befindliche Zellen sind nur in geringem Maße nachweisbar. Gelegentlich stößt man auf syncytiumartig gelagerte Kerne, d. h. es liegen 3 oder 4 ovale Kerne eng zusammen. (Abbildung 1).

Bei unserm zweiten Fall fand sich bei Freilegung des mittleren Sinusdrittels der Knochendeckel von Tumorgewebe durchwachsen. Er wurde entfernt (Abbildungen 2 und 3).

Abbildung 2.

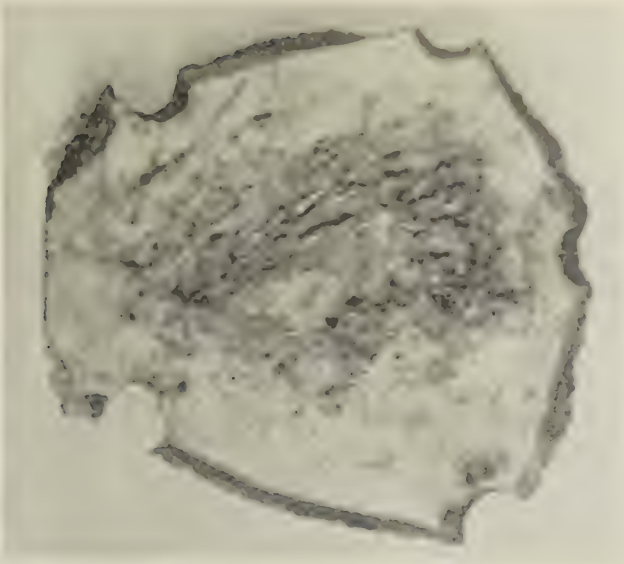
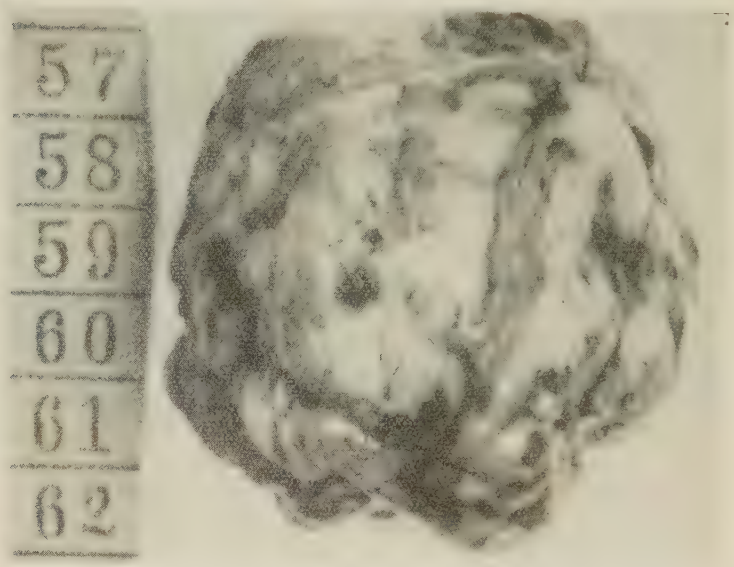


Abbildung 3.

Der Tumor stand mit dem Sinus longitudinalis in Zusammenhang. Es gelang jedoch, ihn von dem venösen Gewebe zu trennen und in toto zu entfernen (Abbildung 4).

Abbildung 4.

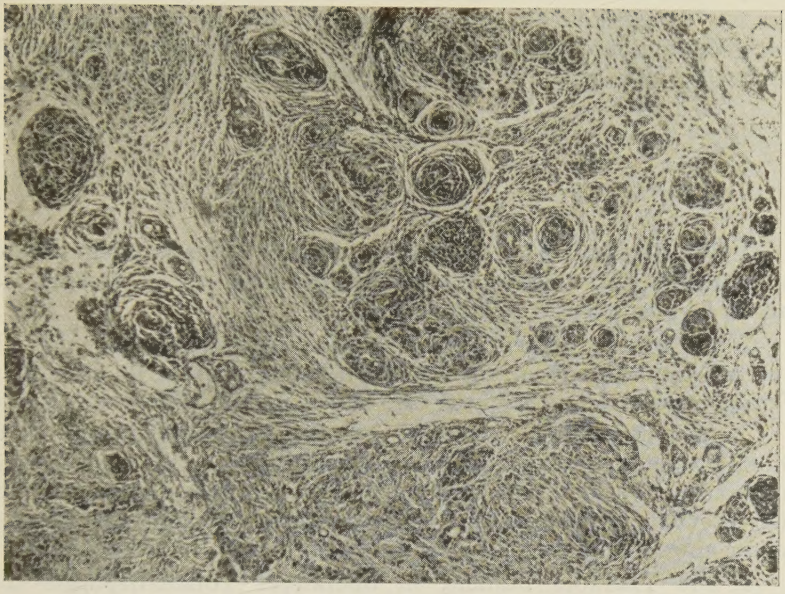


Der Blutverlust während der Operation war sehr erheblich, so daß eine Bluttransfusion erforderlich wurde.

Auf dem in toto entfernten Tumorboden befand sich eine graugelbliche ca. 2 cm dicke, weiche Schicht, die sich bei der histologischen Untersuchung als Gehirngewebe aus den anliegenden Windungen erwies. Es enthielt zahlreiche Ganglienzellen mit z. T. pyknotischen Kernen.

Der Tumor weist den typischen Bau des ausgereiften Meningioms bezw. Duraendothelioms auf. Man sieht massenhaft Schichtungskugeln. Er ist sehr gefäßreich. An manchen Stellen sind Bindegewebsinseln eingestreut, die sich im van Gieson-Präparat leicht rosa anfärben. An andern Stellen wieder liegen nahe der Oberfläche dichte Bindegewebslagen, die z. T. aus hyalinisierten Bändern bestehen. Ausgesprochene Verkalkungen fehlen (Abbildung 5).

Abbildung 5.



In beiden Fällen konnten wir nach der Operation einen weitgehenden Rückgang der klinischen Erscheinungen beobachten. Die Stauungspapille bildete sich in wenigen Wochen um einige Dioptrien zurück, so daß die Gefahr für den Visus nicht mehr bestand.

In unserm ersten Fall überstand die Patientin die Operation trotz der Schwere des Eingriffs recht gut. Die aphasischen Störungen blieben zunächst unverändert. Sie wurden sogar vielleicht noch etwas ausgeprägter als vor der Operation. Alle Störungen bildeten sich jedoch im Laufe weniger Wochen weitgehend zurück. Nach Verlauf von etwa 6 Wochen bestand lediglich noch eine Stauungspapille von rechts 2 D und links 3 D. Dieser Befund stellte gegenüber dem präoperativen von rechts 5 D und links mehr als 6 D einen ausgezeichneten Erfolg dar und ließ im weiteren Verlauf auf Rückkehr zu normalen Verhältnissen hoffen.

Die Patientin ist inzwischen nach Hause entlassen worden. Sie ist imstande, ihren Pflichten als Hausfrau wieder gerecht zu werden.

In unserem zweiten Fall erholte sich der Patient postoperativ nach anfänglicher Temperatursteigerung (39,2° bei 120 Pulsfrequenz), die nur wenige Tage anhielt, recht schnell. — Nach osteoplastischer Deckung des Operationsgebiets traten vorübergehend aphasische Störungen auf. Nach Entfernung eines epiduralen Haematoms bildeten sich aber auch diese Störungen wieder zurück.

Die Prognose für den weiteren Verlauf dieser 2 Fälle ist eine relativ gute, da das Meningiom zu den benignen Tumoren zu rechnen ist. Immerhin soll erwähnt werden, daß es nach Entfernung eines Meningioms nicht ganz selten zu Recidiven kommt. Cushing beschreibt einen Fall, bei dem allein 11 Recidive operiert wurden.

Zusammenfassung:

1. Bei den beiden von uns beobachteten Fällen handelte es sich um intrakranielle, raumbeschränkende Prozesse, die im Bereich der linken Hemisphäre zu suchen waren.

2. In beiden Fällen bestanden Jacksonanfälle, die auf die Zentralregion hinwiesen. In dem einen Fall wiesen starke psychische Veränderungen außerdem auf Mitbeteiligung des Frontalhirns hin.

3. In beiden Fällen fand sich eine allmählich entstandene hochgradige Stauungspapille, die als Ausdruck einer Hirnschwellung aufzufassen war und die zusammen mit der über lange Zeit sich erstreckenden Anamnese das vornehmlichste Moment für die Annahme eines benignen Prozesses — Meningiom — bildete.

4. Die Therapie bestand in operativer Totalextirpation des Tumors.

5. Histologisch konnte in beiden Fällen die Diagnose „Meningiom" bestätigt werden.

6. Der Ausgang war in beiden Fällen ein guter. Sämtliche Symptome, besonders auch die Stauungspapille bildeten sich im Verlauf weniger Wochen weitgehend zurück, so daß der Visus erhalten werden konnte und die Patienten wieder voll leistungsfähig wurden.

Es sei mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Pette für die Überlassung des Themas und der Präparate sowie für die wissenschaftliche Anregung und Anleitung ergebenst zu danken.

LITERATURANGABEN

Bailey: Die Hirngeschwülste. (Ins Deutsche übertragen von Dr. A. Weiß 1936).

Cushing: Intracranial Tumours — 1932.

— The Menengiomas (Dural Endotheliomas): Their source and favoured seats of origin. Brain (London) 1922 XLV.

— The cranial hyperostosis produced by meningial endotheliomas. Arch. Neurol. and Psychiat. 1922 VIII.

Davidoff: Brain tumours, their pathology, symptomatology, diagnosis and prognosis. Psychiatric Quart 1930—1931 VI., V.

Axenfeld: Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde 1935.

Bumke und Foerster: Handbuch der Neurologie. Band IV und XIV 1936.

LEBENSLAUF

Ich, Liselotte Stamer, wurde am 12. November 1911 als Tochter des Oberpostinspektors Hermann Stamer und seiner Ehefrau Elise, geb. Hartung, in Hamburg geboren. Ich bin arischer Abstammung. Von 1918 bis 1931 besuchte ich die Burgschule von Fräulein Gleiß in Hamburg. Von 1931 bis 1932 besuchte ich die Prima der deutschen Oberschule für Mädchen am Lübeckertorfeld. Hier erlangte ich das Reifezeugnis.

Alle Semester meines medizinischen Studiums verbrachte ich seit Ostern 1932 in Hamburg, wo ich zu Ende des zweiten Semesters am 29. April 1933 den ersten Teil und zu Ende des 5. Semesters am 27. Juli 1934 den zweiten Teil der ärztlichen Vorprüfungen mit Erfolg ablegte.

Nach Beendigung des 11. Semesters habe ich mich jetzt zur Ablegung des medizinischen Staatsexamens gemeldet.